FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — **THÈSE** — N° _

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul, Françis MARTINAIS

Né le 26 février 1902 à Vitré (Ille-et-Vilaine)

Ancien Interne de l'Hôpital Bon Secours de Paris

L'ILÉUS

PAR

BRIDES POST-OPÉRATOIRES

Président : M. Pierre DUVAL, *Professeur*

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2 rue Casimir-Delavigne, 2

1930

LAC LYON

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	N...
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REFTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

74200

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT, PROUST, SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur J. MARTINAIS

En témoignage de ma grande affection
et de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A qui nous exprimons notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé J. QUÉNU

Chirurgien des Hôpitaux
Chirurgien de l'Hôpital Bon Secours

En le remerciant de l'accueil qu'il nous a réservé dans son service et de l'intérêt bienveillant qu'il nous a toujours porté.

Témoignage de notre profonde gratitude et de notre entier dévouement.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

Externat 1922-1923

M. le Professeur LE MONIET
Professeur de Clinique chirurgicale

Externat 1923-1924

M. le Professeur LE DAMANY
Professeur de Clinique médicale

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur SEBILEAU.
M. le Professeur COUVELAIRE.
M. le Professeur JEANSELME.
M. le Professeur LEGUEU.
M. le Professeur TEISSIER.
M. le Professeur MARFAN.

Nous avons eu l'occasion, pendant nos deux années d'internat à l'hôpital Bon-Secours, d'observer dans le service de notre maître, M. Jean Quénu, plusieurs cas d'iléus par brides post opératoires. La rareté et la gravité de ces cas, le petit nombre des observations publiées relatives à cette affection et le grand intérêt qu'elle présente lui ont fait nous conseiller d'en faire le sujet de notre thèse.

Qu'il nous soit permis à cette occasion de le remercier bien sincèrement pour l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé dans son service et l'enseignement qu'il nous y a prodigué.

Nos remerciements iront également à M. le Pr Pierre Duval qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de mettre à notre disposition les nombreuses observations prises dans son service de clinique de l'hôpital de Vaugirard, nous donnant ainsi une nouvelle preuve de sa bonté à notre égard.

Sous le titre d'iléus par brides post-opératoires nous entendons les occlusions qui sont la conséquence directe d'une opération sur l'abdomen, éliminant ainsi toutes les occlusions provoquées par des brides congé-

nitales ou spontanément acquises à la suite de divers processus pathologiques.

De plus, nous ne retiendrons que celles qui sont dues à de véritables *brides*, c'est-à-dire à des formations fibreuses en forme de cordelettes, les opposant ainsi aux formations en nappes ou en paquet, communément décrites sous le nom d'*adhérences*, tout en reconnaissant que ces deux formations pathologiques dérivent probablement d'un processus initial analogue ; nous y reviendrons dans un instant.

ETIOLOGIE

Fréquence

L'occlusion post-opératoire par brides est une complication, heureusement très rare, des opérations sur l'abdomen. Dans un grand service de Clinique comme celui de Vaugirard, où les urgences sont extrêmement nombreuses, on n'en a opéré que 8 cas en 8 ans. M. J. Quénu, en 5 ans de pratique chirurgicale, tant dans son service de l'hôpital Bon-Secours, que dans ses fonctions de chirurgien de garde des hôpitaux de Paris, n'en a observé que 8 cas. C'est peu, étant donné la diffusion extrême de la chirurgie dans une ville comme Paris. Il serait surtout intéressant de savoir, sur 1000 opérations pratiquées, combien donneront ultérieurement des brides.

Cette étude est malheureusement impossible à faire parce que l'occlusion survient de manière tardive, au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, alors que les malades ont depuis longtemps quitté l'hôpital où ils ont été opérés ; et lorsque survient l'urgence d'une intervention pour occlusion, on conçoit que, du

fait des circonstances, des changements de séjour, ils ne retrouvent que rarement le chirurgien qui les a opérés la première fois. Nos observations le démontrent du reste clairement : 15 sur 16, d'entre elles, concernent des malades ayant subi leur 1re intervention dans d'autres milieux hospitaliers.

Age

On voit principalement l'occlusion post-opératoire par brides à l'âge adulte, entre 20 et 40 ans. Parmi nos 20 malades, 16 confirment cette règle, 3 se sont produites à 47 et 65 ans, 1 chez un enfant de 7 ans 1/2.

Sexe

Enfin, elle se voit plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes (13 femmes pour 9 hommes). Mais si l'on tient compte de la plus grande fréquence des opérations abdominales chez la femme que chez l'homme, on doit en conclure que le sexe n'a pas une bien grande influence sur la formation des brides occlusives.

Nature de l'opération pratiquée

Y a-t-il des opérations qui, plus que d'autres, favorisent la formation des brides ? Nous trouvons dans notre statistique :

Brides consécutives à des appendicectomies : 15.
Brides consécutives à des hystérectomies : 4.
Brides consécutives à une gastro-entérostomie : 1.
Brides consécutives à une hystéropexie : 1.
Brides consécutives à une ablation d'une tumeur de l'ovaire : 1.

C'est à peu de chose près la fréquence relative de ces diverses opérations dans un service de chirurgie générale. Il ne semble donc pas qu'on puisse incriminer davantage une intervention qu'une autre. Cependant presque toutes sont consécutives à des opérations portant sur l'étage inférieur de l'abdomen ; le foie, les voies biliaires ne sont jamais signalés. Cela tient, sans doute, à ce que l'occlusion siège presque toujours sur le grêle ; tout au moins dans les observations que nous avons pu trouver, le côlon n'était jamais en cause.

Infection

En étudiant la pathogénie des brides, nous verrons que la septicité de l'opération causale et le drainage que souvent elle entraîne, favorisent la formation des adhérences. Néanmoins notre statistique ne nous permet pas de l'affirmer d'une manière scientifique. Nous n'avons de renseignements sur ce point que pour 13 de nos observations : 4 malades furent opérés d'affections aiguës, 9 furent opérés de lésions bien refroidies ou chroniques. La mise en place de drains n'est signalée que 4 fois (obs. III, IV, IX et XVI).

Technique opératoire

Enfin il est certain que l'on peut réduire les causes qui provoquent ou favorisent le développement d'adhérences post-opératoires et de brides, en apportant à tous les temps de l'intervention une minutie et un soin très grands. Nous reviendrons, à propos du traitement préventif, sur ces précautions, ces détails de technique, qui peuvent permettre, dans une certaine mesure, d'éviter la formation de ces tractus intra-abdominaux.

PATHOGÉNIE

I. — Formation des brides

Le mécanisme qui préside à la formation des adhérences et des brides étant initialement le même, nous allons brièvement étudier la formation des adhérences post-opératoires, pour, ensuite, voir dans quelles conditions, une adhérence en formation deviendra une bride.

Il nous faut d'abord constater que des adhérences se forment chez certains malades alors que d'autres en sont indemnes, bien qu'ils aient subi des opérations apparemment semblables. Pour expliquer ce fait, on ne peut qu'invoquer la notion de terrain, le coefficient personnel du malade. Et cela semble d'autant plus exact qu'il arrive parfois qu'un malade, opéré une première fois pour adhérences, en refasse de nouveau, une seconde ou une troisième fois, et que, chaque fois qu'on réopère, on trouve des adhérences de plus en plus serrées. Chez d'autres malades, au contraire, et ce doit être le cas le plus commun étant donné la rareté relative des occlusions post-opératoires relevant de ce mécanisme, les

adhérences semblent avoir une tendance naturelle à la disparition spontanée.

Une adhérence peut naître par trois procédés : en utilisant l'épiploon, par l'accollement de deux surfaces avivées, enfin par l'organisation de l'exsudat péritonéal.

a) Lorsque l'épiploon est en jeu, et c'est le plus fréquent, il adhère à une anse intestinale ou à la paroi, modifiant souvent les rapports des organes entre eux, les fixant de façon anormale, rendant difficile toute libération et toute exploration de l'abdomen. Tantôt, il s'agit d'adhérences d'un épiploon presque normal, tantôt il a subi une dégénérescence scléro-lipomateuse qui l'a transformé en une bandelette plus ou moins résistante. C'est là un mode de formation un peu particulier, puisque la bride se forme aux dépens d'un organe préexistant. Dans les deux autres cas que nous allons maintenant envisager, la bride se crée pour ainsi dire de toutes pièces.

b) Quand *deux surfaces avivées* viennent au contact l'une de l'autre, il y a bientôt fusion des deux circulations capillaires. A la limite des deux surfaces accolées, le péritoine de l'une rejoint celui de l'autre. Une adhérence est ainsi constituée, solidarisant définitivement les deux organes. C'est le procédé qu'emploie le chirurgien qui veut procéder à la fixation d'un organe (pexies).

c) Le troisième mécanisme expliquant la formation des adhérences reconnaît une origine inflammatoire. Sous l'influence de l'inflammation, il se produit un

exsudat péritonéal, très riche en fibrine, ce qui empêche sa résorption. « Survient une prolifération des cellules endothéliales plates qui se soulèvent les unes contre les autres. Après le soulèvement et la chute des cellules endothéliales, doivent entrer en jeu l'appel des leucocytes, la diapédèse, la vaso-dilatation locale. Enfin, vers le huitième jour, des néo-vaisseaux pénètrent l'adhérence, la nourrissent et lui permettent de s'organiser ». (Carnot).

Quel que soit le procédé qui ait présidé à la formation d'une adhérence, il nous est facile d'imaginer comment cette adhérence va se transformer en bride.

Deux conditions semblent nécessaires : il faut d'abord que les deux surfaces accolées soient de petites dimensions, puis, que ces deux surfaces tendent à se séparer l'une de l'autre. Il se fait ainsi une traction qui allonge l'adhérence, lui donne la forme d'une cordelette tendue entre les deux organes.

Mais, ce qu'elle perd en largeur, la bride le gagne en épaisseur et en dureté. Et c'est ce qui explique, à notre avis, les grandes différences qui existent entre une adhérence et une bride : la première peut spontanément régresser, comme Martin, Naegeli et Carnot ont pu le voir par le pneumo-péritoine. La bride, elle, est en général définitive. Les adhérences sont souvent parfaitement tolérées, alors que les brides provoquent les graves accidents qui font le sujet de ce travail.

II. — Formation de l'occlusion par bride

Avant d'étudier la façon dont les brides déterminent l'occlusion, il nous faut signaler que certaines brides péri-intestinales sont parfaitement tolérées et ne sont découvertes, que, par hasard, au cours d'interventions itératives. C'est un cas analogue à celui des hernies qui ne s'étranglent jamais.

Il est, du reste, bien souvent impossible d'expliquer pourquoi une bride provoque une occlusion, un jour, plutôt que la veille ou le lendemain.

Cependant, dans notre observation XIII, il semble bien que ce soit une nouvelle intervention qui a permis à la bride de se manifester : c'est le cas d'une femme ayant subi en 1905 une hystérectomie subtotale pour fibrome. A la suite de cette opération des brides se sont formées entre les dernières anses iléales et la face profonde de la cicatrice sous-ombilicale. Ces brides compriment le grêle, sans l'obstruer complètement, et la lumière du canal reste suffisante pour laisser passer un chyme qui est toujours de petit volume, la malade souffrant d'un ulcère d'estomac qui ne lui permet pas de s'alimenter copieusement. Dix-huit ans plus tard, en 1929, son ulcère a provoqué un rétrécissement médio-gastrique tel, qu'on lui fait une gastro-gastrotomie. Elle peut enfin satisfaire son appétit, le transit intestinal augmente brusquement, et 13 jours après l'opération une crise d'occlusion intestinale aiguë survient qui nécessite une nouvelle laparotomie et permet de décou-

vrir cette bride manifestement ancienne, sous-ombilicale qui était restée 18 ans sans provoquer d'accidents.

Les brides déterminent l'occlusion de trois façons : par striction, coudure ou torsion d'une anse intestinale.

Dans la *striction*, le mécanisme est le même que dans l'étranglement herniaire, la bride représentant le collet de la hernie. Dans certains cas, la bride constitue à elle seule, tout l'agent d'étranglement (obs. XVI). Dans d'autres, elle s'associe avec un autre organe pour gêner le cours des matières. C'est ainsi que dans l'observation 2 (p. 57) nous voyons une bride déterminer avec le mésentère une sorte d'anneau, comparable à un anneau herniaire dans lequel le sommet d'une anse est venu s'étrangler.

Dans la *coudure*, l'intestin est comme suspendu par la bride. Il s'infléchit, se plisse, et toute la lumière du canal est obstruée. C'est ce qui s'est passé dans l'observation XII, et ce cas est comparable aux occlusions, décrites par Adenot et Jaboulay, par inflexion exagérée et coudure de l'angle colique gauche, le ligament phrénocolique jouant ici le rôle de bride.

Enfin, une bride, insérée sur une anse intestinale, peut servir d'axe à la *torsion* de cette anse, réalisant une occlusion par volvulus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° La bride

a) *Nombre.* — Dans la moitié des cas environ, on ne trouve à l'intervention qu'une seule bride (9 fois sur 20) dans les autres cas on se trouve en présence de brides multiples dont le nombre est quelquefois considérable : 10 dans l'observation XII, 8 dans l'observation IX et nous verrons, en étudiant le traitement de l'occlusion par brides combien cette notion est importante.

b) *Les points d'implantation* des brides sont variés à à l'infini. Tantôt, une bride est tendue d'une anse grêle à une autre anse grêle comme dans les observations V, VI et IX. Tantôt elle réunit une anse intestinale au péritoine pariétal (obs. IV et X). Le plus souvent, au moins une des extrémités de la bride est fixée à l'intestin. Mais ce n'est pas une règle, et une bride peut fort bien relier deux points différents de la paroi (obs. VII) ou s'insérer sur un autre organe.

c) *La longueur* des brides est, elle aussi, extrêmement variée. Les unes n'ont que quelques millimètres, les

autres atteignant et dépassant 10 centimètres (obs. 1). Les plus longues sont les plus dangereuses ; ce sont, aussi, en général, les plus faciles à repérer et à extirper au cours de l'opération.

d) *Leur grosseur* peut atteindre la taille du petit doigt. Le plus souvent cependant, elles sont plus petites et on les compare plus volontiers à une cordelette (obs. 4) à un crayon, à une plume de poulet (obs. 1).

e) Leur *dureté* est quelquefois très grande et c'est ce qui explique la gravité des accidents qu'elles provoquent.

2° Les lésions intestinales

Quelles sont les lésions provoquées par la bride sur l'intestin, dans le cas de striction ou de couture ? L'intestin porte une encoche au niveau de la portion serrée. Cette encoche est circulaire, mais plus nette du côté répondant directement à la bride. Si l'occlusion est récente et la striction peu violente, la séreuse a une coloration à peu près normale. Dans les cas plus avancés, elle prend un aspect grisâtre, terne, couleur « feuille morte » et ne réagit plus sous l'action du sérum chaud. C'est que la circulation n'a pas repris son cours et que le sphacèle va continuer son évolution. D'autres fois les lésions sont encore plus graves, on constate des éraillures de la séreuse, mettant à nu la tunique musculaire, ou même une rupture complète des parois intestinales (obs. XVI).

Au-dessus de cette zone de striction, l'intestin est for-

tement dilaté, tendu, rempli de liquides septiques. Ses parois sont épaissies et ses propriétés de résorption abolies ou tout au moins fortement diminuées.

Au dessous, l'intestin, vide, plat, est de coloration normale et parfaitement sain.

Toutes ces lésions sont exactement superposables à celles de l'étranglement herniaire, la bride jouant ici le rôle de l'anneau de la hernie.

3° **Mécanisme de la mort**

La mort peut survenir par péritonite, lorsque l'anse étranglée se phacèle et laisse échapper son contenu dans le ventre.

Le plus souvent les lésions ultimes n'ont pas le temps de se produire : le malade succombe avant, aux progrès de l'intoxication due à la rétention et à la résorption du contenu intestinal, à ce qu'on appelait jadis la stercorémie, ou la septicémie entéro-péritonéale.

SYMPTOMES

Le *délai* qui s'écoule entre l'opération causale et l'apparition des symptômes d'occlusion par brides est extrêmement variable. Exceptionnellement, elle peut survenir dans les suites immédiates de l'opération causale, avant même la sortie du malade (10 jours obs. XV encore faut-il remarquer qu'il s'agissait d'une bride épiploïque). Cependant, de l'étude des observations que nous rapportons, on peut conclure que *dans 75 0/0 des cas, il s'écoula un délai minimum de plusieurs mois entre l'opération et sa complication.*

Occlusion survenant après quelqnes jours	Occlusion survenant après quelques mois	Occlusion survenant après plusieurs années
Obs. 5 : 10 jours	Obs. 6 : 1 mois	Obs. XV : 3 ans
» XIV : 11 »	» XII : 3 »	» II : 3 »
» 1 : 13 »	» 4 : 3 »	» X : 4 »
» 3 : 19 »	» IX : 5 »	» VI : 4 »
	» 2 : 6 »	» XI : 4 »
		» V : 8 »
		» III : 10 »
		» XIII : 18 »
		» XVI : 18 »

Nous verrons au chapitre diagnostic que ce délai peut aider à différencier l'occlusion par brides des occlusions

paralytiques post opératoires. *L'occlusion par brides est essentiellement une occlusion post-opératoire tardive et même souvent très tardive.*

Il ne semble pas qu'il y ait de délai maximum et si ancienne que soit une cicatrice abdominale, elle doit toujours faire penser à une bride chez un malade en occlusion.

Le malade, atteint d'occlusion post-opératoire par brides, est, généralement, amené à l'hôpital pour des accidents graves. Il raconte avoir été pris, subitement, sans aucun signe avant coureur, d'une violente *douleur* abdominale dont la localisation initiale, le plus souvent péri-ombilicale, n'a rien de bien caractéristique. Cette douleur, accompagnée d'angoisse, de pâleur, de sueurs froides, n'a pas cessé depuis le début des accidents, mais elle s'atténue pendant quelques heures pour présenter ensuite des exacerbations paroxystiques extrêmement pénibles.

Peu de temps après la crise douloureuse initiale le malade a commencé à vomir, et les *vomissements* d'abord alimentaires sont vite devenus bilieux ou même fécaloïdes.

Il y a *arrêt complet des matières et des gaz* depuis le début des accidents.

La *température* est normale ou augmentée seulement de quelques dixièmes, (37,3 obs. V, 37,6 obs. IX). Par contre le *pouls* est très accéléré, petit, dépressible, irrégulier (120 obs. 2, 124 obs. XIII, et cette discordance doit être prise en considération.

Passant à l'examen du malade, on remarque que son

facies est pâle, tiré. Il y a dans les cas graves du refroidissement des extrémités, du nez, de la langue. La respiration est fréquente et superficielle.

Le *ventre est ballonné,* tendu, sonore, douloureux et sous la paroi on voit quelquefois se dessiner des anses grêles.

Enfin on examine *la cicatrice* de l'opération ancienne. Son siège peut à défaut de renseignements précis faire présumer dans une certaine mesure la nature de l'intervention pratiquée ; son aspect, ses dimensions peuvent laisser penser qu'il s'agit d'une plaie ayant suppuré et réunie par 2e intention.

Evolution

Si l'on n'intervient pas, l'intoxication va rapidement se manifester par une atteinte de plus en plus marquée de l'état général, les vomissements vont devenir fécaloïdes, la langue de plus en plus sèche, le hoquet va apparaître, les anses intestinales vont cesser de se dessiner sous la paroi traduisant la paralysie de l'intestin, enfin *le ballonnement* augmentant de plus en plus, le malade va succomber soit d'intoxication profonde, soit de péritonite par gangrène et perforation de l'anse étranglée.

Nous verrons, en étudiant le traitement, l'évolution après intervention chirurgicale.

Cette *forme aiguë* de l'occlusion par brides est la plus fréquente. Ce n'est pas la seule qu'on puisse observer en clinique.

Dans certains cas beaucoup plus rares (3 fois sur 24) elle se présente de manière plus discrète sous la forme d'une *subocclusion,* d'une occlusion chronique plutôt que d'un iléus vrai. Dans l'observation IX par exemple, nous voyons notre malade présenter les symptômes étudiés ci-dessus, pendant quelques heures, puis subitement survient une selle, une émission de gaz par l'anus et tous les symptômes disparaissent. Le malade semble guéri. Quelques semaines ou quelques mois se passent, pendant lesquels on ne retrouve qu'une constipation opiniâtre, puis une nouvelle crise survient en tous points semblable à la première.

On peut enfin distinguer une troisième forme, qui n'est que l'aboutissant de l'iléus fruste que nous venons d'étudier. Le malade (obs. V) après une ou plusieurs crises qui se sont terminées spontanément par la guérison, fait un jour un iléus vrai qui l'oblige à avoir recours au chirurgien.

DIAGNOSTIC

En arrivant au chevet du malade, la première étape du diagnostic va être de reconnaître *l'occlusion* intestinale aiguë ou subaiguë. Cette notion acquise, il nous faudra en rechercher la cause, pour arriver au diagnostic d'occlusion *par brides*, et enfin s'efforcer de préciser le *siège* de la lésion.

Dans la grande majorité des cas, 19 fois sur 22 dans nos observations, il s'agit d'une OCCLUSION AIGUE D'EMBLÉE. Dans ce cas le diagnostic est facile, souvent même évident. La vue d'une *cicatrice* ancienne de laparotomie fait aussitôt penser à la possibilité d'une bride. La notion de l'opération antérieure est, en effet, d'une importance capitale et constitue la base du diagnostic.

Interrogé, le malade nous apprend que, sans aucun signe avant-coureur, il a été pris, brusquement d'une vive douleur dans l'abdomen, suivie presque aussitôt de nausées et de vomissements. Depuis, il y a absence de toute émission, par l'anus, de matières et de gaz.

Les autres symptômes (ballonnement, accélération du pouls, etc.) peuvent être plus ou moins marqués, nous avons par la notion de l'arrêt des matières et des

gaz, et celle de l'opération antérieure les éléments suffisants pour penser à la possibilité d'un iléus par bride post-opératoire.

Mais avant d'affirmer ce diagnostic, il faut éliminer, systématiquement, les autres causes possibles d'occlusion : on vérifiera les trajets herniaires, on fera un toucher rectal, pour s'assurer qu'on n'est pas en présence d'une tumeur du rectum ; on recherchera, dans les antécédents, des signes d'ulcère qui pourraient faire penser à une perforation de l'estomac ou du duodénum.

Si l'occlusion survient *dans les jours qui suivent* une laparotomie, il faut plutôt penser à la paralysie intestinale qui est la marque d'une réaction péritonéale pouvant aller jusqu'à la péritonite véritable. Mais l'occlusion paralytique apparaît en général dès le 2e ou 3e jour, alors que l'occlusion par brides ne se voit pas avant le 10e ou 11e jour au plus tôt (obs. XIV, 5). Elle s'accompagne de plus, presque toujours, d'une hyperthermie plus ou moins considérable, qui manque dans l'iléus par brides.

S'il s'agit d'une occlusion duodénale aiguë, elle n'est que l'aboutissant d'une dilatation aiguë de l'estomac qui aura, de suite, attiré l'attention par sa symptomatologie si particulière : ballonnement strictement épigastrique, vomissements bilieux très abondants.

Le diagnostic d'occlusion post-opératoire par bride étant posé, est-il possible de déterminer sur quel segment intestinal siège l'obstacle ? C'est le grêle qui est presque toujours lésé dans ces cas : c'est la seule précision que l'on peut donner. En effet, contrairement à

ce que l'on pourrait croire, il n'y a aucun rapport entre le siège et la nature de l'opération causale d'une part, et le siège de l'occlusion d'autre part. C'est ainsi que dans l'obs. XIII la bride occlusive était dans la fosse iliaque droite à la suite d'une laparotomie médiane, que dans l'obs. IX (occlusion par brides multiples à la suite d'une appendicectomie) il y avait des brides nombreuses étagées depuis l'angle iléo-cœcal jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal. Il est aisé de comprendre comment, dans ces cas, tout diagnostic de localisation de la bride, soit dans la topographie de l'abdomen, soit à plus fortes raisons, sur la longueur de l'intestin, serait hasardeux. Ce n'est pas pour simplifier le choix d'une incision et l'exploration de l'abdomen.

Le diagnostic des SUBOCCLUSIONS est beaucoup plus difficile et souvent on hésitera entre une péritonite subaiguë, une légère crise d'appendicite, une dyspepsie quelconque avant de se résoudre à intervenir. Là encore, la notion de l'opération antérieure sera d'un précieux secours, et, se basant sur elle, dans les cas difficiles, on posera le diagnostic de bride post-opératoire qui conduira à l'intervention sans attendre la transformation d'un iléus fruste en occlusion aiguë.

TRAITEMENT

Avant d'étudier le traitement de l'occlusion par brides, il est permis de se demander s'il n'est pas, dans une certaine mesure, possible d'éviter la formation des brides. C'est ce que nous envisageons sous le nom de traitement préventif.

I. — Traitement préventif

Etant donné ce que nous savons sur les conditions dans lesquelles se forment les adhérences et les brides, il est, parmi ces conditions, certaines qui échappent complètement à notre action.

C'est ainsi que nous ne pouvons pas grand chose contre la septicité des lésions abdominales que nous sommes amenés à traiter. Peut-être la vaccination préopératoire amènera-t-elle des progrès de ce côté en permettant d'opérer des lésions moins septiques, donc moins prédisposées à former des adhérences.

Dans le même ordre d'idées, le drainage, aux tubes ou aux mèches, à la suite d'opérations septiques, est encore une nécessité, dont nous pouvons, plus ou

moins, réduire les indications, mais à laquelle il est actuellement impossible de se soustraire entièrement.

On a essayé de lutter contre l'abondance et la durée de résorption de l'exsudat péritonéal. Des études expérimentales dans ce sens, furent faites, en particulier en Amérique, pour éviter la formation des adhérences. Différents produits comme l'huile de paraffine, l'huile d'olive, le lait, le citrate de soude, la solution de Ringer, etc., etc., furent injectés et se montrèrent inefficaces. Plus intéressants sont les travaux que Reschke a publiés en 1921, sur les injections intra-péritonéales d'une solution de dextrose à 20 %. De nombreuses expériences, faites sur le chien, il conclut à l'efficacité de cette méthode qui rendrait impossible la formation des adhérences, et qu'il préconise pour les drainages prolongées dans les cas de péritonite diffuse.

Ces différentes méthodes ne sont pas encore passées dans la pratique et n'ont pas encore fait leurs preuves. Nous possédons cependant une arme préventive, si l'on peut dire, contre la formation des adhérences et des brides : cette arme c'est la *péritonisation.* Le péritoine pariétal sera incisé franchement, sans « bavures » de façon à pouvoir, à la fin de l'intervention, le repérer facilement et le suturer de façon impeccable. Au cours de l'intervention, toute surface cruentée sera repéritonisée. Le moignon appendiculaire, les pédicules vasculaires et le moignon utérin, dans l'hystérectomie, seront enfouis sous une surface séreuse. L'idéal, à la fin de toute opération, est de ne plus voir, dans l'abdomen, aucune surface, aucun point, qui n'ait sa couverture

séreuse. C'est là un principe qui semble aujourd'hui presque banal. Rappelons cependant le rôle important de E. Quénu dans la création et la diffusion de la méthode de péritonisation, qu'il publia en 1899 au XVIII[e] Congrès de Chirurgie, et qui fut développée ensuite dans la thèse de son élève Judet (1902).

II. — Traitement curatif

Indication. Objectif.

Le diagnostic d'occlusion post-opératoire par bride étant posé, l'opportunité d'une intervention chirurgicale ne saurait être discutée. Les pratiques telles que l'entéroclyse, le lavement électrique, ne méritent même pas d'être envisagées dans ce cas particulier, puisqu'il existe un obstacle mécanique qui oblitère la lumière intestinale.

Il faut donc agir et agir promptement si l'on veut avoir des chances de sauver le malade. *Le danger, nous l'avons vu, est double : intoxication par rétention du liquide intestinal, et péritonite par perforation de l'anse bridée et sphacélée. L'objectif est donc double lui aussi : Rétablir le cours des matières et libérer l'instestin enserré.*

Choix de l'opération.

Il existe une opération qui permet d'atteindre, d'un seul coup, par un acte chirurgical unique, ces deux objectifs : *la section de la bride.* C'est l'opération logique.

idéale. C'est la conduite qui a été suivie dans toutes les observations que nous rapportons.

Les succès observés justifient l'entreprise, mais il faut savoir que c'est là une *opération difficile*, non exempte de risques. La laparotomie pour occlusion est une des interventions les plus difficiles de la chirurgie : ouvrir un ventre ballonné, contenir et manipuler des anses grêles distendues à l'extrême qui masquent tout, les écarter pour chercher au fond de l'abdomen la bride qu'il faut sectionner, s'assurer qu'il n'existe pas d'autre obstacle, réduire sans les faire éclater toutes ces anses énormes dont le péritoine se fissure sous la pression, refouler les anses pendant qu'on ferme la paroi, voilà la besogne pénible qu'il faut affronter. Besogne pénible et opération grave il faut le savoir : E. Quénu, Tuffier l'ont dit lors d'une des dernières discussions à la Société de chirurgie sur le traitement de l'occlusion intestinale : « La laparotomie sur un ventre démesurément ballonné, chez un malade en état d'occlusion avancée est presque toujours mortelle ».

La laparotomie ne doit donc être entreprise avec quelque chance de succès que lorsque le ballonnement n'est pas trop considérable et l'état général pas trop déficient. Elle ne doit pas être abordée par n'importe qui, mais seulement par ceux qui ont une grande habitude de la chirurgie abdominable, Il est bien difficile de fixer les limites dans lesquelles la laparotomie est indiquée : c'est là affaire d'appréciation individuelle et d'expérience personnelle. Mais il y a des cas devant lesquels il faut savoir reculer.

Que faire dans ces cas là, lorsque la paroi est distendue par des anses météorisées à l'extrême, lorsque l'état général est tel qu'une laparotomie difficile ne sera certainement pas supportée? *C'est dans ces cas là, et dans ces cas là seulement, qu'il faut se contenter de l'opération minima, de l'opération de pis-aller qu'est l'iléostomie :* sous anesthésie locale, faire une courte incision dans la fosse iliaque droite, attirer la première anse ballonnée qu'on voit, la fixer au péritoine et aux muscles de la paroi par quelques fils de lin, y faire *une toute petite ouverture,* voilà qui n'est pas bien satisfaisant sans doute.

On n'a rien fait pour rechercher l'obstacle, on ne l'a pas vu, on ne sait pas si une anse intestinale étranglée n'est pas en voie de sphacèle : voilà le risque à courir. Ne même pas savoir sur quelle anse on fait l'ouverture, voilà un autre risque, car si l'occlusion est haute on est amené fatalement à faire une iléostomie haute, c'est-à dire portant sur une des premières anses iléales, et l'on sait la gravité de ces fistules intestinales hautes qui attaquent la peau et amènent une dénutrition rapide. Mais l'expérience a montré que ces risques sont encore moins grands, dans ces cas-là, que les risques de la laparotomie. Et, tout de même, la première indication se trouve remplie : rétablir le cours du contenu intestinal et soustraire le malade à l'intoxication. L'iléostomie a sauvé des malades, elle a permis de gagner du temps, d'évacuer l'intestin, d'obtenir l'affaissement du ventre, et de procéder ultérieurement à la recherche et à la cure de l'obstacle dans des conditions infiniment plus favorables.

Mais, si le malade est vu précocement, si l'état général est assez satisfaisant, si le ventre n'est pas démesurément ballonné, c'est la laparotomie qu'il faut faire pour chercher et sectionner la ou les brides.

1° L'anesthésie. — Les avantages de la rachianesthésie dans l'iléus aigu, ont été précisés au cours de la discussion suscitée, sur ce sujet, par M. Pierre Duval à la Société de chirurgie en 1927, à propos de deux observations de MM. Jean Quénu et André Chenut.

Dans certains cas elle provoque l'évacuation de l'intestin avant même le début de l'intervention (obs. 6, 5 fois sur 25 iléus par brides ou adhérences rapportées par Duval). Mais ce résultat, du reste rare, ne supprimant pas la nécessité d'opérer, n'est pas celui que nous devons surtout attendre de la rachi-anesthésie.

C'est d'abord de faciliter l'intervention en provoquant un silence abdominal parfait. Mais surtout elle augmente l'intensité des contractions intestinales et provoque ainsi, aussitôt l'obstacle levé, une chasse puissante et rapide des liquides septiques contenus dans les anses distendues. Or c'est un fait d'expérience bien acquis que, contrairement à ce qu'on pourrait croire, il ne suffit pas de lever un obstacle intestinal pour voir aussitôt le contenu de l'intestin se précipiter dans les segments sous-jacents, et y progresser jusqu'à évacuation par l'anus. Il est fréquent à la suite des opérations pour occlusion intestinale, ou, ce qui revient au même, pour hernie étranglée, d'attendre 1, 2 ou 3 jours la première selle. Après la levée de l'obstacle il y a donc encore rétention intestinale et le contenu

septique et toxique de l'intestin continue à imprégner l'organisme.

Il y a plus : dans un certain nombre de cas, à la suite d'une opération des plus satisfaisantes, rapidement menée, ayant consisté dans la levée très simple de l'obstacle, dans le cas particulier la section de la bride, lorsque tout faisait prévoir des suites simples et une évolution favorable, on a observé une aggravation brusque des symptômes avec mort rapide dans le collapsus. Notre observation X en est un exemple typique. On a expliqué de la manière suivante ces morts rapides : au moment où on a levé l'obstacle, le liquide intestinal en rétention se précipite dans l'anse sous-jacente qui est une *anse saine*, dont la muqueuse n'est pas altérée, une anse dont les facultés d'absorption sont intactes. Il en résulte une résorption massive des produits toxiques contenus dans ce liquide, d'où intoxication brutale et mort rapide.

Si bien que certains chirurgiens préconisent *l'évacuation directe, systématique*, du liquide de rétention intestinale *même quand on a pu lever l'obstacle*. Cette évacuation peut être réalisée soit par la ponction au cours de l'opération, soit par une iléostomie de dérivation, de décharge. Vider une anse intestinale, par ponction et aspiration, au cours d'une laparotomie, est chose faisable (dans l'obs. XI on a eu recours à ce procédé mais dans le seul but d'affaisser les anses les plus dilatées, pour faciliter leur réduction et la fermeture de la paroi), Mais, évacuer *complètement*, en quelques instants, un intestin grêle par une ponction, est une chose

pratiquement irréalisable : il faut multiplier les ponctions, il faut beaucoup de temps et la prolongation de l'acte opératoire n'est pas une chose indifférente.

L'iléostomie de décharge n'est pas non plus un moyen très séduisant, car, si l'on fait la petite bouche dans la plaie de laparotomie elle-même on court des risques sérieux d'infecter cette plaie, ce qui conduit à faire une incision spéciale pour l'iléostomie et augmente le traumatisme.

Il nous semble donc, qu'avec la rachi-anesthésie, on obtient souvent à bien meilleur compte, l'évacuation rapide et complète, la vidange intestinale qui est le but recherché. Sans doute elle se fait par les voies naturelles, mais de manière souvent si rapide que les phénomènes de résorption septique et toxique, n'ont sans doute pas le temps de s'accomplir.

Il est bien évident, qu'avant de pratiquer la rachi-anesthésie, on s'assurera qu'aucune cause générale, en particulier, l'hypotension, ne la rend dangereuse. *Or nous l'avons plusieurs fois constaté, l'hypotension est loin d'être une règle absolue dans l'occlusion, comme on l'a affirmé.*

Dans nos observations V, XII, et 6 des évacuations spontanées de grandes quantités de matières liquides et de gaz sont signalées avant la fin de l'intervention qui était pratiquée sous rachi-anesthésie *Dans aucune observation sous anesthésie générale, il n'est fait mention des mêmes phénomènes.*

2° L'INCISION. — Quelle incision faut-il faire ? En étudiant nos observations, nous constatons que 15 fois sur

20, on a fait une laparotomie médiane sous-ombilicale et 5 fois une incision iliaque droite. Sur ces 5 cas opérés par voie iliaque, 4 sont consécutifs à des appendicectomies (obs. I, II, IX, XVI) et c'est ce qui a, vraisemblablement, fait choisir au chirurgien cette voie d'accès. Dans l'observation XIII, le choix de l'incision a été guidé par une localisation si nette de la douleur dans la fosse iliaque droite, que l'on a envisagé la possibilité d'une origine appendiculaire de l'occlusion. C'est un cas d'exception.

Quand la cicatrice ancienne est médiane, la question, à notre avis, ne se pose pas : il faut inciser sur la cicatrice. Au contraire *quand elle est iliaque* on a le choix entre une laparotomie médiane et une incision iliaque sur la cicatrice. Si l'on se rappelle combien il est difficile, au cours du diagnostic, de préciser la localisation des brides, que ces brides sont souvent multiples (9 fois sur 22) et fort éloignées du foyer de la première intervention, ce qui conduit à la nécessité de vérifier la cavité abdominale tout entière, si enfin, on est prévenu des difficultés très grandes que l'on rencontrera du fait de la distension des anses intestinales, il nous semble que la meilleure incision sera une incision médiane, joignant le pubis à l'ombilic, susceptible au besoin d'être prolongée vers le haut.

3° Recherche et suppression de l'obstacle. — Le ventre ouvert, il faut immédiatement rechercher la bride qui a causé l'occlusion. On prend comme premier repère la première anse distendue qui se présente, et on en explore les deux bouts, par segments successifs, extraits

tour à tour du ventre. La bride répérée, on la sectionne prudemment sur le doigt soit en son centre, soit à l'une de ses extrémités, pour ensuite l'extirper tout entière.

Cela fait, il faut examiner de près toute la longueur de l'anse, l'arroser de sérum chaud, pour juger de sa vitalité. Lorsque les lésions de l'anse stricturée sont telles que l'on est amené à faire une résection intestinale comme dans notre observation XVI le pronostic est terriblement aggravé et l'on a bien peu de chances de sauver le malade.

Reste maintenant à réduire les anses extériorisées dans l'abdomen et à refermer la paroi. Ce n'est pas le temps opératoire le plus simple et sa difficulté est d'autant plus grande que le ballonnement est plus marqué. Refaire la paroi *en un seul plan* nous paraît particulièrement indiqué dans ces cas où l'on a avantage à ne pas prolonger l'opération et où l'on est gêné par les anses distendues : les 2 lèvres du péritoine repérées par deux pinces, et les anses recouvertes par un champ introduit sous les 2 bords de la plaie, on passera successivement de très gros fils de lin, avec une grande aiguille courbe, chargeant tous les plans de la paroi. Ce n'est que lorsque tous les fils seront passés et tous ceux des 2/3 supérieurs de la plaie serrés, qu'on enlèvera le champ, évitant ainsi une nouvelle éviscération. Le champ enlevé, l'opérateur nouera et serrera les derniers fils pendant que son aide d'une main soulèvera fortement la paroi à l'aide des fils déjà noués, et de l'autre main refoulera les anses si c'est nécessaire.

4° Soins post-opératoires. — L'opération terminée, il ne faut pas oublier que ces malades sont de grands intoxiqués et qu'il faut les entourer de soins attentifs pour leur permettre d'attendre le bénéfice de l'opération. Il faudra donc veiller à les réchauffer, à soutenir leur cœur par de l'huile camphrée. On leur fera du sérum intra-rectal et du sérum salé hypertonique intra-veineux, selon la méthode vulgarisée en France par M. le Pr Gosset.

5° Résultats. — Sur 19 cas d'occlusion aiguë par bride que nous rapportons, 3 seulement se sont terminés par la mort du malade : c'est là une statistique particulièrement favorable si on la compare à d'autres variétés d'occlusion du grêle, telles que l'iléus biliaire en particulier.

Un opéré (obs. XVI) est mort au bout de 5 heures : l'occlusion datait de quatre jours, l'anse sphacélée se rompit au cours de l'opération, il fallut faire une résection intestinale. Les 2 autres (obs. IV et X) ont succombé le lendemain d'une opération simple et satisfaisante ; leur mort peut être mise sur le compte d'une intoxication massive due à la résorption du contenu septique de l'intestin.

Les 3 malades opérés pour accidents subaigus d'occlusion ont guéri très simplement tous les trois.

Le pronostic post-opératoire des *formes aiguës* est fonction du temps écoulé depuis le début de l'occlusion : nos observations le montrent bien puisque les 3 malades ayant succombé sont les seuls qui ont eu recours au chirurgien après 48 heures ou plus d'occlusion. D'autres facteurs doivent évidemment entrer en ligne de compte,

tels que l'âge et la résistance du sujet, et aussi, il faut bien le dire, la manière dont a été menée l'opération, c'est là un coefficient important dans ce genre de chirurgie.

OBSERVATIONS

16 observations inédites d'iléus par brides post-opératoires

A. — 8 observations de la clinique de thérapeutique chirurgicale de l'hopital de Vaugirard, service du Pr Pierre Duval.

Obs. I (Basset). — *Subocclusion par bride 5 ans après une appendicectomie à froid. Section de la bride. Guérison.*

Mme A..., 29 ans, entre à Vaugirard le 28 novembre 1923 en subocclusion. Elle souffre dans tout l'abdomen, mais va cependant à la selle.

Opérée le 7 décembre 1923. Incision de l'ancienne cicatrice d'appendicite. Section d'une bride adhérente au péritoine antérieur. Libération d'adhérences épiploïques. Résection de l'épiploon enflammé. On enlève les fils le 14. Le 15 elle fait une éventration aiguë. Réopérée, elle guérit.

Cette malade avait été opérée d'appendicite à froid en 1918. En 1921, crise douloureuse à l'estomac, accom-

pagnée de vomissements alimentaires, qui dure 48 h., puis cesse brusquement. Depuis cette crise jusqu'aux accidents actuels, a eu 3 crises semblables.

Obs. II (Gatellier). — *Occlusion intestinale aiguë 3 ans après une appendicectomie. Section de la bride. Guérison.*

Mme V..., 28 ans. Admise et opérée d'urgence à Vaugirard le 29 janvier 1924 pour occlusion intestinale aiguë datant de quelques heures. Elle avait été opérée d'appendicite, il y a 3 ans, à St-Joseph.

Laparotomie latérale droite. On trouve une bride épiploïque qui coude l'intestin grêle et le cæcum en limitant une sorte de cul-de-sac iléo-cæcal. Libération de la bride et d'une autre adhérence reliant la paroi droite au cæcum. Guérison.

Obs. III (Jean Quénu). — *Occlusion intestinale aiguë par bride, 10 ans après une appendicectomie à froid. Laparotomie. Guérison.*

Mlle C..., 21 ans. Admise et opérée d'urgence le 8 mai 1924 à Vaugirard pour occlusion intestinale aiguë. Libération d'une bride épiploïque, grosse et dure, allant du fond du cæcum à la face postérieure du pubis et adhérente aux annexes droites. Salpingo-ovarite. Kystes séreux de péritonite pelvienne. Castration unilatérale droite. Libération de l'adhérence. Péritonisation. Petit drain. Guérison.

Cette malade avait été opérée d'appendicite 10 ans avant, aux Enfants-Malades.

Obs. IV — *Occlusion intestinale aiguë chez un ancien opéré de gastro-entérostomie. Libération de la bride. Mort.*

M. L..., 27 ans, entre à Vaugirard, en occlusion intestinale aiguë, datant de plusieurs jours, le 27 janvier 1926. Etat général très grave.

Opéré anciennement de gastro-entérostomie. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Adhérence et bride siégeant au niveau de la terminaison du grêle. Libération. Fermeture avec drainage. Mort le lendemain de l'opération.

Obs. V (Chastang). — *Occlusion intestinale aiguë par brides, 8 ans après une appendicectomie à froid. Laparotomie. Guérison*

M. C..., 28 ans, entre et est opéré d'urgence à l'hôpital Vaugirard le 22 février 1927 pour occlusion intestinale aiguë datant de 24 heures.

2 crises antérieures. La 1re débute le 23 janvier 1927 par des douleurs péri-ombilicales d'abord peu intenses qui deviennent au bout de 2 heures très violentes et gagnent tout l'abdomen. Plusieurs vomissements bilieux. Constipation. Le malade remarque que son ventre est ballonné, il ne voit pas d'ondulations péristaltiques. Etat général fortement touché. Le malade est agité et fatigué. Θ : 37°3. Un médecin appelé fait une injection

de morphine. Au bout de quelques heures la douleur reparaît. On lui donne des lavements et la guérison survient. Il reprend son travail le 29 janvier 1927, 2e crise dans la nuit du 28 au 30 janvier 1927, ayant les mêmes caractères que la première. Absence de selles. Lavements quotidiens pendant 8 jours environ, puis guérison.

Une radio est faite le 8 février qui montre un estomac normal. Nouvelle radio le 21 février qui détermine la crise d'occlusion aiguë qui l'amène à l'hôpital : quelques heures après l'ingestion de baryte, douleur brusque, très violente, en coup de poignard qui s'étend ensuite à tout l'abdomen. Arrêt absolu des matières et des gaz. Malade très agité. Θ : 37°3. Pouls très rapide.

Le malade a été opéré il y a huit ans d'appendicite à froid après 3 crises aiguës (1 mois après la 3e crise). On n'avait pas drainé.

Rachi-anesthésie. — Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. Toutes les anses grêles sont anormalement distendues. Un certain nombre d'entre elles sont de coloration violacée et agglomérées en paquet. Des brides épiploïques les unissent les unes aux autres. Section des brides. Libération systématique des anses intestinales. En 2 points des éraillures de la paroi nécessitent un enfouissement. Les lésions étagées sur 0 m. 50 s'arrêtent à 0 m. 15 de l'angle iléo-cæcal. Cæcum et côlons normaux, non distendus. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

A la fin de l'intervention, évacuation spontanée d'une grande quantité de gaz et de matières liquides. Guérison.

Obs. VI (Ameline). — *Occlusion intestinale aiguë par brides, 4 ans après une hystéropexie. Laparotomie. Guérison.*

Mme N..., 29 ans, admise et opérée d'urgence à l'hôpital Vaugirard le 3 mai 1927. Elle a été prise 48 heures avant son entrée à l'hôpital Vaugirard de douleurs dans la fosse iliaque droite et de vomissements alimentaires et bilieux, symptômes qui ont fait croire à une appendicite.

Le ventre est légèrement ballonné, uniformément douloureux. L'état général est bon, la langue légèrement saburrale. Θ : 37°8. Il y a arrêt absolu des matières et des gaz. La douleur est à type paroxystique avec gargouillement.

Opérée il y a 4 ans d'hystéropexie.

On pense à la possibilité d'une occlusion par bride. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Une quantité importante du liquide séreux s'écoule à l'ouverture du péritoine. Une anse très dilatée, rouge, se présente. Elle conduit sur 2 brides qui unissent 2 anses entre elles par leurs bouts convexes et causent l'occlusion. Rien à l'appendice qui n'est pas enlevé. Section des brides. Enfouissement. Suture en 3 plans de la paroi sans drainage.

Le 5 mai : Θ : 38°9. Le 14 mai : Θ 37°2.

Sort le 15 mai sur sa demande.

Obs. VII (Redon). — *Occlusion intestinale aiguë chez une ancienne opérée pour tumeur végétante de l'ovaire. Laparotomie. Guérison.*

Mme F..., 47 ans, est admise et opérée d'urgence à

Vaugirard le 1er février 1929 pour occlusion intestinale aiguë datant de 48 heures.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve plusieurs brides entre la paroi et le fond du pelvis. Le bas fond cæcal adhère à la cicatrice du ligament large droit. Lorsqu'on lève les adhérences, des gaz passent dans le gros intestin et sont émis par l'anus. Après libération des brides on repéritonise leur attache intestinale. Paroi en 2 plans. Fils de lin sur la peau. Guérison.

Obs. VIII (Gatellier). — *Occlusion intestinale aiguë par brides chez un malade ayant subi une appendicectomie à chaud. Section des brides. Guérison.*

M. G..., 31 ans, admis et opéré d'urgence à Vaugirard, le 30 avril 1929.

Brides multiples dans la fosse iliaque droite. Libération et section des brides. Guérison.

B. — 5 observations de l'hopital de N.-D. de Bon-Secours, service du Docteur Jean Quénu.

Obs. IX (Jean Quénu). — *Subocclusion par brides survenant 5 mois après une appendicectomie à froid Laparotomie. Guérison.*

Mlle N..., 23 ans, est hospitalisée le 14 mars 1925 à l'hôpital Bon-Secours, pour des crises douloureuses abdominales, assez aiguës mais de courte durée, s'accompagnant de vomissements. Elle a un peu de constipation qui cède aux lavements. Le début de ces accidents

remonte au début de février 1925, date à laquelle elle a été prise subitement de douleur péri-ombilicale sans vomissements et sans constipation. La crise a duré quelques heures seulement et fut étiquetée entérite. Nouvelle crise le 21 février. La malade avait été opérée d'appendicite à froid dans le service, par un autre chirurgien, le 11 novembre 1924. Dans les suites opératoires on avait été obligé de désunir et de drainer le foyer opératoire.

Opérée le 14-4-25. Pouls : 84 Θ. : 37°6

Ether. — Laparotomie dans le flanc et la fosse iliaque droite en dedans de l'ancienne cicatrice. Résection d'un lambeau d'épiploon adhérent. Le cæcum est adhérent à la paroi. On l'y laisse. On prend le grêle à l'angle iléo-cæcal et on le dévide méthodiquement. *On est amené ainsi a sectionner 6 ou 8 brides, assez étroites, grosses comme des ficelles,* toutes tendues d'anse à anse. On va ainsi jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal. Le pelvis est noyé d'adhérences molles et saignantes et on n'insiste pas. Petit drain à la partie inférieure. Paroi en 3 plans.

Revue et suivie depuis, elle n'a jamais eu de nouvelle crise douloureuse mais est restée sujette à la constipation.

Obs. X (Jean Quénu). — *Occlusion aiguë par brides 4 ans après une appendicectomie à froid. Laparotomie. Mort.*

M. V..., 39 ans, entre à l'hôpital Bon-Secours le 10 mai 1926 pour des accidents d'occlusion intestinale aiguë.

Opéré séance tenante. Le ventre est très ballonné et extrêmement douloureux. *Le début des accidents remonte à 3 jours.* Il a été pris brusquement de douleur abdominale. Puis, quelques heures après, il a commencé à vomir. Depuis 24 heures les vomissements sont fécaloïdes. Depuis la douleur initiale, arrêt complet des matières et des gaz. A été opéré d'appendicite à froid, au Maroc, 4 ans avant.

Ether. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'intestin grêle est énormément dilaté. On l'éviscère et on trouve *3 brides* allant chacune d'une anse intestinale différente à la cicatrice opératoire pariétale. Section des 3 brides. Pour réduire, on est obligé de ponctionner une des premières anses iléales. Paroi en un plan. Le malade succombe le lendemain de l'opération.

Obs. XI (Jean Quénu). — *Occlusion aiguë par bride 4 ans après une appendicectomie. Laparotomie. Guérison.*

M. L..., 30 ans, est admis et opéré d'urgence à l'hôpital Bon-Secours le 21 août 1927. Depuis une dizaine de jours présente des douleurs abdominales et du ballonnement, avec alternative d'amélioration et d'aggravation. N'a pas eu de selles ni de gaz depuis 48 heures. Un vomissement fécaloïde à son arrivée à l'hôpital. Le ventre n'est pas ballonné, mais contracturé et douloureux partout. Pouls imperceptible. Θ 37°.

Opéré en 1923 d'appendicite à la Maison Dubois.

D : Occlusion par bride dans le foyer appendiculaire.

Éther. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'incision, des anses grêles très distendues font irruption au dehors et masquent tout le champ opératoire. En les manipulant *une de ces anses éclate sur plus de la moitié de sa circonférence,* et d'autres anses se fissurent au milieu de leur enveloppe péritonéale. On clampe immédiatement l'anse éclatée, et avant de la suturer, de crainte que les autres n'éclatent à leur tour, on ponctionne dans une bourse d'enfouissement préparée d'avance, deux des anses les plus distendues. On obtient ainsi l'évacuation d'une importante quantité de gaz et de liquide et un affaissement de la masse intestinale. On suture ensuite la brèche d'éclatement en deux plans.

On peut ainsi explorer la fosse iliaque droite et on trouve, tendue du détroit supérieur à la racine du mésentère *une bride* fibreuse en forme de cordelette de 2 ou 3 mm. de diamètre par laquelle une des dernières anses iléales est étranglée. Section de la bride. Fermeture de la paroi en deux plans.

La malade va à la selle le 25 août. Désunion partielle de la peau par suppuration sous-cutanée. Suites simples. Sort guéri le 12 septembre 1927.

Obs. XII (Jean Quénu). — *Occlusion aiguë par brides, 2 mois 1/2 après une hystérectomie subtotale pour fibrome. Laparotomie. Guérison.*

Mme A..., 36 ans, entre à l'hôpital Bon-Secours et est opérée d'urgence le 2 mars 1928. Elle a été prise

brusquement la veille de douleurs péri-ombilicales très violentes se propageant dans la fosse iliaque droite et survenant par crises. Depuis la douleur initiale, arrêt complet des matières et des gaz. Depuis quelques heures vomissements bilieux. Le ventre est peu ballonné, sensible partout. De temps en temps, accès plus douloureux dans la région péri-ombilicale.

Θ : 38. Pouls à 100. T. A. : 15 1/2 7

La malade a subi une première laparotomie en Suisse en 1921 pour salpingite. On lui fit une castration unilatérale et une appendicectomie. L'opération fut, dit-elle, difficile et se termina par la mise en place d'un Mickulicz. Opérée une 2e fois le 15 décembre 1927, dans le service, pour fibrome utérin. On lui fit une hystérectomie subtotale. Suites normales jusqu'au 15e jour où une diphtérie se déclara qui fit évacuer la malade sur l'hôpital Pasteur où elle guérit après avoir fait quelques complications nerveuses (paraplégie et paralysie oculaire passagères).

Rachi-anesthésie : Cocaïne 2 cm³5.

Laparotomie. Excision de l'ancienne cicatrice. Evacuation de 300 à 400 cm³ de liquide séro-sanglant. Libération d'adhérences à la face profonde de la cicatrice. L'iléon est plat. Le jéjunum est distendu. A partir de l'angle duodéno-jéjunal on dévide méthodiquement l'intestin et on est ainsi amené à sectionner une dizaine de brides tendues de l'intestin au méso pour la plupart. *L'une d'elles délimite une sorte d'anneau où est engagée une anse intestinale. Une autre bride détermine une angulation par traction.*

On trouve ainsi des brides jusque sur l'iléon et on arrive enfin à l'angle iléo-cœcal. Au niveau du cœcum, adhérences plus étendues, mais non occlusives. Dans le pelvis il reste un peu de liquide séro-sanglant et 2 ou 3 poches vésiculeuses libres distendues par de l'œdème séreux. — Paroi en 2 plans sans drain.

Au cours de l'opération on assiste à plusieurs reprises à un péristaltisme énergique des anses grêles. La malade évacue des gaz avec bruit et quelques matières semi-liquides.

T. A. à la fin de l'opération 8-4.

La malade reste fatiguée 3 jours. Sérum sous-cutané pendant 6 jours. Lavement le 4e jour. Purgation le 8e. Elle sort guérie le 28 mars 1928.

Revue en octobre 1929, la malade a eu de nouvelles crises douloureuses péri-ombilicales, puis a été hospitalisée à l'hôpital de Lausanne en août 1929 pour hématémèses qui furent traitées médicalement. Un examen radiologique pratiqué à l'hôpital Bon-Secours en octobre 1929 n'a pas permis de préciser le diagnostic.

Obs. XIII. (Jean Quénu).— *Occlusion aiguë par bride, 18 ans après une hystérectomie, 13 jours après une gastro-gastrostomie. Laparotomie. Guérison.*

Mlle C... 65 ans, est prise subitement dans la nuit du 25 au 26 octobre 1929, 13 jours après avoir subi une gastro-gastrosomie, dans le service, pour sténose médico-gastrique d'origine ulcéreuse, de violentes douleurs abdominales, sans vomissement mais avec arrêt

des matières et des gaz. Le lendemain, légère sédation des douleurs qui se localisent dans la fosse iliaque droite. Elle a un vomissement fécaloïde. Pouls à 120. Ventre ballonné. On pratique un lavage d'estomac et on met de la glace sur le ventre. Le 27, pas de nouveau vomissement mais comme l'occlusion persiste et que l'état général s'altère on décide d'intervenir.

La malade a subi en 1911 à l'hôpital St Michel une hystérectomie subtotale pour fibrome.

Opérée le 27. *Anesthésie locale à la novocaïne + Ether.* Incision iliaque droite. On trouve au-dessous du cæcum, au niveau de l'angle iléo-cæcal, une petite masse inflammatoire environnée d'adhérences qu'on prend d'abord pour l'appendice, mais on distingue ensuite l'appendice sain. Cette masse est formée par *une bride épiploïque* enserrant plusieurs anses grêles. On les dissocie successivement, le grêle est très ballonné. On place une valve sous la face antérieure et on constate qu'il existe d'autres *adhérences entre l'intestin grêle et la face profonde de la cicatrice ancienne sous-ombilicale.* On parvient à les libérer par l'incision iliaque droite. Enfin, le doigt passé sous la paroi reconnaît des adhérences lâches du colon transverse à la paroi au voisinage de l'ombilic. On les libère assez facilement. Le cæcum, quoique peu ballonné, est mis à la paroi et on y fait une ponction. Depuis, la malade n'a plus eu ni douleurs ni vomissements. Elle s'alimente normalement et va spontanément à la selle.

Obs. XIV (Stoïanovitch). — *Occlusion aiguë par bride 11 jours après une appendicectomie à froid. Laparotomie. Guérison.*

Mlle L .., 24 ans, opérée d'appendicite dans le service de Bon-Secours, le 26 novembre 1924, n'est pas allée à la selle depuis son opération, malgré lavements et purgation, lorsque le 6 décembre 1924, elle est prise de douleurs abdominales et de vomissements. Son état général s'altère. Il y a arrêt complet des matières et des gaz et on décide d'intervenir. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une bride peu serrée, comprimant une anse grêle. Section de la bride. Guérison.

La malade est revue en mai 1928 en parfaite santé.

C. — 2 observations, dues a l'obligeance du Dr Jean Quénu, de malades qu'il a opérés comme chirurgien de garde des hopitaux de Paris.

Obs. XV (Jean Quénu). — *Occlusion aiguë par brides, 3 ans après une hystérectomie subtotale pour salpingite. Appendicectomie. Laparotomie. Guérison.*

Mme F..., 35 ans, a été prise subitement le 2 février 1927 d'une douleur très vive dans le côté droit de l'abdomen. Presque aussitôt, vomissements alimentaires puis bilieux. Arrêt complet des matières et des gaz. Elle est transportée le 3 février à l'*hôpital Beaujon* où elle a vers 16 heures un vomissement fécaloïde. M. Quénu, appelé, trouve la malade abattue, le ventre

peu ballonné, mais fortement contracturé. Θ : 37°3. Pouls : 100.

La malade a subi à Tarbes en avril 1924 une hystérectomie subtotale pour salpingite bilatérale, appendicectomie. Dans les suites opératoires on relève au 8e jour un lavage d'estomac pour vomissements bilieux. Depuis elle n'a jamais été malade.

Ether. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les anses grêles sont très dilatées, pleines de liquide. *On sectionne 3 ou 4 brides. La plus importante amarre une anse grêle au détroit supérieur. Il en résulte un véritable orifice herniaire dans lequel d'autres anses sont venues s'étrangler.* Il existe, dans le Douglas, environ 1/4 de litre de liquide séreux de transsudation. Paroi en deux plans sans drain. On revoit la malade le 5 avril 1929, pour une tumeur du sein. Elle n'a jamais eu de nouvelle crise d'occlusion et n'a plus jamais souffert du ventre.

Obs. XVI (Jean Quénu). — *Occlusion aiguë par bride, 18 ans après une appendicectomie à chaud. Rupture de l'anse gangrénée. Résection intestinale. Mort.*

M. M..., 47 ans, entre à *l'hôpital Broussais* le 20 février 1929, en occlusion complète datant de 4 jours. Le ventre est très ballonné et mat dans les parties déclives.

Il a été opéré, en 1911, d'appendicite à chaud, à l'hôpital Cochin, puis réopéré pour fistule stercorale.

Θ : 37. Pouls : 96. T. A. au Pachon : 14-9.

Opéré d'urgence le 20-2-29.

Rachi-anesthésie : 2 cm³ sol. de novocaïne et adrénaline.

Courte laparotomie juste en-dedans de la cicatrice ancienne qui est longue de 20 centimètres. On dissocie au doigt quelques adhérences. On ne voit que des anses grêles plates. A un moment donné, comme on insinue le doigt plus profondément pour attirer une anse dilatée, issue d'un flot de matières intestinales liquides, on éponge et en attirant cette anse, on voit :

1° Qu'elle présente un véritable éclatement, sur la moitié de la circonférence, qu'on répare par une double suture ;

2° *Une bride* extrêmement serrée qui étreint le pied de la dernière anse iléale, d'où partent deux sillons de striction : l'un, en amont, avec perforation et section presque complète de l'anse. Les deux bouts ne tiennent plus que par quelques ponts de séreuse. Résection. Anastomose termino-terminale, l'autre, en aval, à quelques centimètres du cæcum sans section, mais amincissement extrême de la paroi, sur la moitié de sa circonférence. Enfouissement sous un surjet séro-musculeux.

Deux points de suture prenant toute la paroi. Un gros drain dans le Douglas. Une mèche dans la plaie.

Etat général très déficient à la fin de l'opération, cyanose, sueurs froides, etc.

Malgré le sérum hypertonique intra-veineux, le sérum intra-rectal, l'huile camphrée, la position assise, etc., le malade succombe 5 heures après l'opération.

Observations résumées de cas déjà publiés

Obs. 1 (Paul Mathieu. *Bull. et mém. Soc de Chir., n° 10, mars 1924*). — *Occlusion intestinale aiguë par bride, 13 jours après une appendicectomie. Laparotomie. Guérison.*

M. X..., 35 ans, opéré d'appendicite le 27 septembre 1923, est pris le 9 octobre 1923 de douleurs vives dans le ventre qui durent jusqu'au lendemain et ne cessent que sous l'influence d'une piqûre de morphine. Θ : 37°2. Vomissements verdâtres et fétides. Puis il rend quelques gaz et les accidents se calment.

Dans la soirée du 10 octobre, nouvelle crise douloureuse. Ballonnement. Une anse se dessine sous la paroi. On décide d'intervenir.

Laparotomie médiane. On trouve une bride longue de plus de 10 centimètres tendue entre la région de la fosse iliaque droite et le méso-côlon pelvien. Cette bride épaisse comme une plume de poulet étranglait une anse grêle et y traçait son empreinte sous forme d'un sillon bleuâtre, marquant les suffusions hémorragiques à ce niveau. Résection de la bride. Guérison.

Obs 2 (Paul Mathieu, *Bull. et Mém. Soc. Chir., n° 10, mars 1924*). — *Occlusion intestinale aiguë par bride, 6 mois après une appendicectomie à chaud. Laparotomie. Guérison.*

S... Roger, 7 ans 1/2, entre à l'hôpital, le 28 janvier 1924, pour douleur à l'épigastre, vomissements et

constipation. Le début des accidents remonte à 4 jours.

Il a été opéré en banlieue, en août 1927, d'appendicite aiguë, suppurée, assez grave, par incision et drainage de la fosse iliaque droite.

Actuellement l'abdomen est tendu, le facies bon, le pouls à 96, la température normale. Le 30 janvier les vomissements continuent, le pouls est à 120. Il n'y pas eu d'émission de gaz ni de matières par l'anus. Le 31, péristaltisme des anses intestinales visible sous la paroi. On décide d'intervenir.

Laparotomie médiane. L'intestin grêle est très distendu. *Une bride est tendue entre les 2 branches d'une anse. Cette bride et le mésentère déterminent la formation d'un anneau dans lequel le sommet de l'anse vient s'étrangler par voie rétrograde.* Section de la bride. Guérison.

Obs. 3 (Paul Mathieu, *Bull. et mém. Soc. Chir. n° 10 mars 1924*). — *Occlusion aiguë par brides 10 jours après une appendicectomie à chaud. Laparotomie. Guérison.*

Le 30 octobre 1923 le malade a été pris subitement de douleur abdominale, de ballonnement et de vomissements. Le tympanisme est surtout marquée dans la région épigastrique. Il avait subi le 11 octobre 1923 une appendicectomie à l'hôpital Bretonneau, suivie de drainage et de lavages au Dakin jusqu'au 19 octobre.

Intervention le 3 novembre. Laparotomie médiane sous-ombilicale après avoir isolé la plaie latérale infectée. Les anses intestinales sont énormes, on les exté-

riorise sur des compresses imbibées de sérum chaud. *Section de nombreuses brides épiploïques.* Suture de la paroi aux fils de bronze. Les vomissements continuent et le ballonnement est long à disparaître, même après reprise des selles. L'état général s'améliore nettement à partir du 7 décembre seulement. Depuis, guérison.

Obs. 4 (Dujarier) *Bull. et mém. Soc. de Chir. n° 10. mars 1924. — Occlusion aiguë par brides, 3 mois après une laparotomie iliaque droite pour appendicite. Section de la bride. Appendicectomie. Guérison.*

Malade prise brusquement d'occlusion intestinale aiguë, 3 mois après avoir été opérée, à Venise, pour appendicite. Opérée par M. Terrier. Laparotomie médiane qui permet de découvrir *une bride en ficelle* sous laquelle une anse grêle était étranglée. Après section de la bride, on alla voir si l'appendice avait été enlevé. Le cœcum était libre et l'appendice n'avait pas été enlevé.

Appendicectomie. Guérison.

Obs. 5 (Auvray) *Bull. et mém. Soc. Chir. n° 11 1924. Subocclusion par bride 10 jours après une appendicectomie à froid. Laparotomie. Guérison.*

Mme X... 22 ans, opérée d'appendicite à froid le 27 janvier 1922, est réopérée le 5 février 1922 pour des accidents d'occlusion. Depuis 48 heures elle présente des crises douloureuses, avec péristaltisme, arrêt incomp'et des matières et des gaz, des vomissements, un

ventre légèrement ballonné avec bon état général. Laparotomie médiane. *Section d'une bride* épiploïque, adhérente au bord gauche du petit bassin, sous laquelle une anse intestinale est étranglée, mais assez lâchement. Résection d'une partie d'épiploon enflammé. Drain. Fièvre pendant 10 jours, puis guérison.

Obs. 6 (Boppe) *Bull. et mém. Soc. de Chir. 23 mars 1927. — Occlusion aiguë par bride, un mois après une hystérectomie sub-totale pour salpingite. Laparotomie. Guérison.*

Mme F... 32 ans, à subi à Gand, en décembre 1926, une hystérectomie sub-totale, pour salpingite double. Le 15 janvier 1927 elle est prise de douleurs abdominales et de vomissements. Le 19, vomissements fécaloïdes. L'abdomen est modérément distendu. Pas de sensation de tension à plein. Pas d'ondulations péristaltiques. Langue sèche. Pouls à 120. Pas de Θ.

D : occlusion par bride.

Le 19 : Intervention, Rachi : 0 gr. 12 de novocaïne. Une débâcle formidable survient dès que la malade est remise en position couchée. Laparotomie sous-ombilicale. Anses dilatées. On découvre rapidement une *bride épiploïque étranglant une anse*. Section de la bride entre 2 ligatures. Les anses se contractent remplissant les anses sous-jacentes. Suture en un plan. Guérison.

CONCLUSIONS

1° L'occlusion par brides est une complication rare, mais très grave des opérations sur l'abdomen. C'est une complication *tardive*, qui survient généralement plusieurs mois, ou plusieurs années après l'opération causale.

2° Les conditions dans lesquelles se forment les brides ne sont pas encore parfaitement élucidées. Il s'agit, suivant les cas, soit d'un lambeau épiploïque, fixé à son extrémité, et ayant subi une transformation scléreuse ; soit d'une « adhérence » entre deux surfaces cruentées, ayant subi un étirement progressif, soit enfin d'un exsudat péritonéal organisé.

Il est probable que la suppuration, le drainage, la persistance de surfaces cruentées favorisent la production des adhérences et des brides. Cependant on ne retrouve pas d'une manière constante ces éléments étiologiques dans nos observations.

Les brides occlusives sont surtout consécutives aux opérations sur l'étage inférieur de l'abdomen et portent sur l'intestin grêle dans tous les cas que nous rapportons.

3° Les symptômes de l'occlusion post-opératoire par brides sont ceux de l'iléus par strangulation. Il existe des formes subaiguës, sortes d'iléus frustes, assez difficiles à dépister, mais bien utiles à connaître. La notion de l'opération antécédante, jointe aux signes d'occlusion du grêle, constitue la base du diagnostic.

4° Le traitement préventif réside dans le perfectionnement de la technique chirurgicale et dans le soin apporté à la péritonisation. Le traitement curatif est toujours chirurgical et doit être réalisé d'urgence. L'opération de choix est la laparotomie avec recherche et section de la bride ou des brides. Le choix de l'incision et le choix de l'anesthésie méritent d'être discutés : Nous sommes partisans de la laparotomie médiane sous rachi-anesthésie, sauf contre-indications particulières.

La laparotomie peut être contre-indiquée par l'état général très grave et le ballonnement excessif de l'abdomen. Dans ces cas on se contentera de faire une iléostomie sous anesthésie locale.

Sur les 22 cas d'iléus par brides post-opératoires que nous rapportons, les résultats ont été les suivants : occlusion aiguë : 19 cas, 19 laparotomies, 16 guérisons, occlusion subaiguë : 3 cas, 3 laparotomies, 3 guérisons.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse
PIERRE DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

OUVRAGES ET ARTICLES CONSULTÉS

Adenot. — Des occlusions intestinales post-opératoires (*Revue de chirurgie*, janvier 1896).

Ahston (William Easterly). — Occlusion intest. après laparotomie (*The médical nerv.*, 30 juillet 1892).

Aime. — Importance du grand epiploon en chirurgie (*Progrès Médical*, 1920).

Baimbridge. — Les brides membraneuses de l'hypocondre droit (*Médical record*, n° 2579, 1920).

Blanc. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale par brides (*Thèse Paris*, 1899).

Bonnet. — Entérostomie complémentaire de la libération des adhérences dans les interventions pour péricolites (*Soc. chir.*, Lyon 22-12-27).

Bottaro. — Tres casos de occlusion intestinal agudas post-operatoria (*Ass. Fac. de Méd.*, Montevideo 1922, VIII).

Buchbinder J R. — The prevention of peritoneal adhesions and encapsulation (*Surgery gynecology and obstetrics*, décembre 1927).

Carnot, Blamoutier, Libert, Friedel. — Les périviscérites digestives, 1926.

Carpenter. — Plaidoyer en faveur de la laparotomie précoce dans l'occl. intestinale (*Journ. of the Amer. Méd. Association*, 30 août 1888).

Cebaillos. — Greffes épiploïques prophylactiques et curatives des adhérences post-opératoires (*Archives espagnoles de enfermedades del apavato digestivo ide la nutrition*, novembre 1926).

Collas. — Occlusions intest. consécutives aux opérations et laparotomies (*Thèse Paris*, 1890).

Corbet. — Peritoneal adhésions (*Sur. Gyn. and obst.*, 1917, p. 166).

Courcieras. — Adhérences péri-cœcales d'origine appendiculaires (*Thèse Paris*, 1908).

David. — Occl. intestinale post-opératoire (*Tribune médicale*, 1906).

Delmas. — Les adhérences douloureuses péri-cœcales consécutives à l'appendicectomie (*Thèse Paris*, 1909).

Deaver. — Post-opérative intestinal obstruction (*Atlantic. Méd. J. Harrisburg*, 1924-25, XXVIII).

Delore. — Epiploïtes post-opératoires (*Lyon Médical*, 1912).

Duval. — La Rachi-anesthésie dans l'iléus aigu (*Bull. Mém. Soc. chir.*, 1927).

Flandrin. — Complications de l'appendicite chronique et séquelles de l'appendicectomie (*Thèse Paris*, 1922).

Foucault. — Occlusions intestinales et coudures iléales (*Thèse Paris*, 1924).

Gosset — Enfouissement du moignon appendiculaire (*Bull. Mém. Soc. de chir.*, 8 mars 1922).

Gross. — Des occl. intest. post. opératoires (*Revue Méd. de l'Est*, 1er mai 1899).

Hawhes. — The presention of intestinal obstruction following operation.

Judet. — De la péritonisation (*Thèse Paris*, 1902).

Lacroix. — Contribution à l'étude des occl. post-opératoires (*Thèse Montpellirr*, 1923).

Lecène et Leriche. — Thérapeutique chirurgicale, Paris, 1926.

Legueu. — Gaz. des Hôpitaux, 1895, n° 136.

Lejars. — Chirurgie d'urgence.

Krief. — Les péricolites droites chroniques, Paris, 1927.

Mathieu. — *Bull. Mém. Soc. chir.*, mars 1924, juin 1924.

Petit. — Etranglement int. par bride dans le voisinage du cæcum *(Bull. Mém. Soc. chir.*, Paris, 1925).

Picot. — Contribution à l'étude des adhérences post-opératoires *(Thèse Bordeaux*, 1924).

Quénu E. — De l'occl. intest. à la suite des laparotomies *(Gaz. des Hôpitaux*, 31 mars 1894).

Richardson. — Etude sur les adhérences et contribution au traitement de la dénudation intestinale *(Ann. of Surgery*, déc. 1911).

Seaman W. — Les brides membraneuses de l'hypocondre droit *(Médical Record*, 1920, n° 2579).

Tavel. — Péricolites cicatricielles *(Congrès de chir.*, 1903)

Theillier. — Etude du traitement des occl. intest. après appendicectomie *(Thèse Paris*,1928).

Vilhes. — Contribution à l'étude des occl. intest, post-opératoires, Paris, 1929.

TABLE DES MATIÈRES

ETIOLOGIE 11

Age 12
Sexe 12
Nature de l'opération pratiquée 12
Infection 13
Technique opératoire 14

PATHOGÉNIE 15

Formation des brides 15
Formation de l'occlusion par brides 18

ANATOMIE PATHOLOGIQUE 20

La bride 20
Les lésions intestinales 21
Mécanisme de la mort 22

SYMPTÔMES 23

Evolution 25

DIAGNOSTIC 27

TRAITEMENT 30

Préventif 30
Curatif 32

OBSERVATIONS 42

CONCLUSIONS 61

BIBLIOGRAPHIE 63

1930. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.